

加州 Medi-Cal 牙科服务

2018 版本受益人手册



卫生保健服务部



Denti-Cal

前言.....	1
如何联系我们	2
语言协助.....	3
DENTI-CAL 网站.....	3
在 MEDI-CAL 使用牙科服务	4
DENTI-CAL 福利.....	4
DENTI-CAL 牙医.....	6
获得牙科护理	8
牙科服务费用	10
交通和其他服务.....	12
投诉程序.....	14
州听证会程序	19
牙科术语和其他定义.....	20
您的权利和责任.....	23
你的隐私对我们很重要	24

前言

这本手册将告知您有关您牙科福利的信息。我们希望您了解该计划的运作方式以及如何获得牙科护理。请保留此手册以便您以后有疑问时再次查看。

加州 Medi-Cal 牙科项目 (Denti-Cal)

Medi-Cal 为符合条件的加州居民提供免费或低成本的医疗服务，包括牙科福利。牙科福利由 Medi-Cal 提供，也称为 Denti-Cal。您需要向您的牙科医疗服务提供者提供 Medi-Cal 福利身份证 (BIC) 以接受牙科服务。您无需单独申请 Denti-Cal。牙齿健康是整体健康的重要组成部分。Denti-Cal 计划涵盖许多服务，以保持您的牙齿健康。您可以在以下情况从 Denti-Cal 福利中获得最大收益：

- 前往 Denti-Cal 牙医那里获得您需要的承保服务
- 即使您的牙齿没有问题，也要定期拜访您的 Denti-Cal 牙医
- 遵循 Denti-Cal 牙医关于牙齿护理的建议（如刷牙和使用牙线）

如果您住在萨克拉门托县，您将注册加入牙科管理护理 (DMC)，并将在牙科管理护理计划网络内分配至一名牙医。如果您住在洛杉矶县，您可以选择加入 DMC 或留在 Denti-Cal 计划。如果您注册 DMC，您选择的计划将向您发送一张牙科卡和您的福利信息。在所有其他县，您使用 Medi-Cal 受益人身份证获得牙科护理，而且您可以选择自己的牙医，前提是他或她参加了 Denti-Cal 计划。

如何使用本手册

请仔细阅读这本受益人手册。本手册解释了 Denti-Cal 计划的工作原理。本手册包含以下重要信息：

- Medi-Cal 覆盖的牙科服务
- 如何获得牙科护理
- 如何获得其他语言的帮助
- 您的权利和责任
- 如何投诉
- 有关 Medi-Cal 旗下牙科服务的其他重要信息

您应当知道本手册使用的以下术语：

Denti-Cal	Medi-Cal 牙科按服务收费计划
您，您的，我的，我，受益人	有资格获得 Medi-Cal 牙科福利的人或其授权代表。

我们，我们的	引用 Denti-Cal
您的牙医	您选择的为您提供牙科护理的 Denti-Cal 牙医

请您阅读第 20 页上的“牙科术语和其他定义”。这部分解释了许多在 Denti-Cal 计划下具有特殊或技术含义的词语。

如何联系我们

电话服务中心

电话服务中心（TSC）运营商将在周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 为您提供帮助。州政府假期中 TSC 将关闭。如果您有任何本手册未解答的问题，请致电：

Denti-Cal 电话服务中心：

1-800-322-6384

电讯文本打字机（TTY）：

1-800-735-2922

本电话免费。TSC 工作人员可以回答您有关去看牙医的任何问题。他们可以帮助您：

- 找到 Denti-Cal 牙医或诊所
- Denti-Cal 计划的一般性问题
- 有关已批准或被拒绝的服务相关信息
- 解答服务的可行性
- 有关分担所覆盖牙科福利的成本和共付额的信息。安排和重新安排临床筛查预约
- 投诉和上诉

我可以从 TSC 获得哪些信息？

当您致电 TSC 时，您将连接到自动电话系统。您将从选项菜单中进行选择。

您可以了解以下列出的一般性信息：

- 覆盖的福利
- 如何提出州听证会的申请
- 索取您牙科记录的副本

- 报告 Medi-Cal 的疑似欺诈行为

您也可以与 TSC 工作人员交谈。

拨打 Denti-Cal 电话服务中心的最佳时间是什么时候？

致电 Denti-Cal TSC 的最佳时间是上午 8:00 至下午 5:00 之间的任何时间。周一至周五。

语言协助

如果我想用英语以外的语言说话怎么办？

如果您希望使用英语以外的其他语言，请致电 TSC。我们的 TSC 员工可以用英语和西班牙语为您提供帮助。如果您使用其他语言，请告诉 TSC 工作人员您说的是哪种语言，我们有口译人员可以致电提供帮助。

TSC 的工作人员还可以帮助您找到会说您的语言的 Denti-Cal 牙医，或者说您的语言的办公室工作人员。

当我通过电话与牙医交谈时，有人能为我进行相关解释吗？

有的。如果您需要口译员或语言帮助服务，请致电 TSC。他们能通过口译员帮助您。

有人可以在牙医诊所为我口译吗？

可以。如果您的牙医不会说您的语言，您有权免费获得口译员，包括手语翻译。您可以致电 TSC 并要求口译员帮助解释牙科术语。这包括牙医在您访问时告诉您的内容，您的护理计划说明或与牙科工作人员的交谈内容。

如果您按预约到达牙医诊所并需要有人为您口译，您或您的牙医可以致电 TSC。TSC 将为您联系能够用您所说语言进行口译的代表。

Denti-Cal 网站

我如何找到 Denti-Cal 网站？

您可以访问 Denti-Cal 网站：www.denti-cal.ca.gov

Denti-Cal 网站上有哪些信息？

Denti-Cal 网站提供有关 Medi-Cal 牙科计划的各种重要信息，包括：

- 申请 Medi-Cal 计划

- 联系信息
- 牙科资源
- 找到一位牙医
- 表格
- 常见问题（FAQs）
- 其他信息
- 延伸服务
- 出版物

您还可以找到常见问题解答和 TSC 的免费电话号码。

在 Medi-Cal 使用牙科服务

我怎样才能知道我是否能够接受牙科服务？

大多数有资格参加 Medi-Cal 计划的人也有资格获得牙科服务。您无需单独申请来获得牙科服务。您需要向您的牙科医疗服务提供者提供 BIC 以接受牙科服务。如果您有任何疑问或想知道您是否有资格获得 Medi-Cal 牙科计划福利，请致电 TSC。

Denti-Cal 福利

本节概述了 Medi-Cal 所涵盖的牙科护理。

Medi-Cal 计划中有哪些可用的牙科福利？

以下是对受益人有效的福利快速参考指南,生效日期 2018 年 1 月 1 日。福利基于援助代码和受益人所在地。其他信息也可以在 Denti-Cal 网站上找到：www.denti-cal.ca.gov。

程序	✓ 福利		✗ 非福利	
	全范围**	限值范围**	怀孕相关**	居住在一个机构中 (SNF/ICF)
口头评估 (3 岁以下)*	✓	✗	✗	✓
初步检查 (3 岁及以上)	✓	✗	✓	✓
定期检查 (3 岁及以上)	✓	✗	✓	✓
预防	✓	✗	✓	✓
氟化物	✓	✗	✓	✓
牙齿修复服务 - 汞合金/复合材料/ 预制牙冠	✓	✗	✓	✓
实验室处理的牙冠*	✓	✗	✓	✓
龈下刮治和根面平整术*	✓	✗	✓	✓
全口腔清创术	✗	✗	✗	✓
牙周维护	✓	✗	✓	✓
前牙根管	✓	✗	✓	✓
后牙根管	✓	✗	✓	✓
部分托牙	✓	✗	✓	✓
全口托牙	✓	✗	✓	✓
拔牙/口腔颌面外科	✓	✓	✓	✓
急诊服务	✓	✓	✓	✓

例外:

上述福利有一些例外 (用*这种符号标记)。**请参阅第 20 页的牙科术语和其他定义。

您的牙医会告诉您 Denti-Cal 提供哪些服务, 哪些服务不包括在内。您的牙医可以帮助您确定最佳治疗方案, 以及您在 Medi-Cal 计划中能享受的服务。在您第一次拜访期间, 向您的牙医展示您的 BIC, 以便他们可以了解您的牙科福利。

Medi-Cal 将在一年内支付涵盖牙科服务的费用是否有限制？这对儿童和成人有什么不同吗？

儿童的牙科服务没有年度限制。对于 21 岁或以上的受益人，某些牙科服务的 Medi-Cal 支付限制为每个公历年每人 1800 美元。医疗必需的牙科服务可以超过 1800 美元的限额。居住在护理机构的 21 岁或以上的受益人没有年度限制。

有特殊需要的患者还有其他福利吗？

除了少数例外，涵盖的牙科服务对每个人都是一样的。然而，特殊需要的患者可能有身体、行为、发育或情绪状况，这限制了牙医执行检查。在这些情况下，如果牙医决定患者必须服用镇静剂进行牙科治疗，牙医会要求 Denti-Cal 的批准。

儿童都有什么福利？

如果您或您的孩子未满 21 岁，您可能有资格根据早期和定期筛查、治疗和诊断（EPSDT）计划获得额外的牙科服务。

孕妇有哪些福利？

如果您怀孕了，无论您使用何种类型的 Medi-Cal，当您满足该计划的所有其他 Denti-Cal 要求，您都可以获得所有涵盖的牙科手术。怀孕的受益人在分娩后 60 天内有资格获得这些服务。在他们分娩后，资格将持续到第 60 天所在的月末。

Denti-Cal 牙医

您可以从任何 Denti-Cal 牙医（在 Medi-Cal 注册提供牙科服务的牙医）获得牙科护理。致电牙科诊所，询问他们是否仍接受 Medi-Cal，以及他们是否接受新患者。请阅读本节，以便了解如何在 Denti-Cal 计划中找到牙医。

我如何找到 Denti-Cal 牙医？

您可以选择任何 Denti-Cal 牙医。您可以致电 TSC 寻求帮助，找到您所在地区的 Denti-Cal 牙医。您也可以访问 Denti-Cal 网站 <https://www.denti-cal.ca.gov/find-a-dentist/home>，在线查找 Denti-Cal 牙医。您也可以在网上寻找牙医，网址是：<https://www.insurekidsnow.gov/coverage/find-a-dentist/index.html>。

如果我找不到在我所在地区参加 Denti-Cal 计划的牙医怎么办？

如需寻找您所在地区的 Denti-Cal 牙医，请致电 TSC。

Denti-Cal 电话服务中心:

1-800-322-6384

电讯文本打字机 (TTY):

1-800-735-2922

如果我需要看牙科专家怎么办？

您的 Denti-Cal 牙医可能会将您转介给另一位牙医进行专门治疗。致电 TSC 寻求帮助，确定您对牙科专家的拜访。

我可以去诊所接受牙科服务吗？

可以。许多诊所会接待 Medi-Cal 患者并提供牙科服务。只要诊所获准接受 Medi-Cal 并提供牙科服务作为其涵盖服务的一部分，您就可以在诊所获得牙科服务。您可以致电 TSC 帮助您找到您所在县的诊所，或者您可以在 Denti-Cal 网站上查看县诊所的列表：

https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Dental_Clinics_Serving_Medi-Cal_Beneficiaries/。

如果我去看的牙医不是一位 Denti-Cal 牙医怎么办？

Denti-Cal 计划仅支付您从参加 Denti-Cal 计划的牙医那里获得的服务。如果您去的是未加入 Denti-Cal 计划的牙医，您将需要自己支付所有牙科服务费用。

我可以换牙医吗？

可以。您可以就诊任何在 Denti-Cal 注册并接受新患者的牙医。如果您已注册 DMC 计划，您还可以请求分配给其他牙医。

我可以更换几次牙医？

更换牙医没有次数限制。但是，从不同的牙医那里获得相同的治疗是有限制的（例如洁牙）。我们建议您选择有 Denti-Cal 牙医的牙科之家。

去看同一位牙医对我有什么帮助？

在同一位牙医那里进行定期检查和护理可以从很多方面受益：

- 您可以接收定期提醒您的下次就诊
- 如果您需要常规牙医无法提供的治疗，您的牙医可以帮助您找到牙科专家
- 您的牙医会了解您的健康史，并可以帮助您及早发现问题，以便在病情恶化之前得到治疗

我可以在治疗过程中更换牙医吗？

如果您的牙科服务被批准至一名牙医并且您希望更换牙医，您必须写一封信来请求更改。将这封信寄给您的新牙医，并按他/她的预先授权请求发送给 Denti-Cal。Denti-Cal 将向您的新牙医发出新的批准，以便您获得剩余的服务。

获得牙科护理

我如何与 Denti-Cal 牙医安排预约？

打电话到牙医诊所安排预约。告诉牙科医生，您受 Medi-Cal 保险涵盖，并要求牙医确认他或她是 Denti-Cal 牙医。如果您需要帮助预约，请致电 TSC。

去看牙医时需要带些什么？

带上您的 BIC 和有照片的身份证件，如驾驶执照或州身份证。如果是寄养子女，而且寄养父母没有收到 BIC，可以使用社会安全号码来验证资格。如果您有其他牙科保险，请将此信息告知您的牙医。

我应该多久去看一次牙医？

健康的牙齿和牙龈是整体健康的重要组成部分。您的牙医会告诉您多久应该定期检查——通常每 6 到 12 个月检查一次。作为定期检查的一部分，您的牙医将为您可能需要的任何治疗或随访提供计划。

如果您在定期访问之间出现意外牙齿问题或情况，请致电您的牙科诊所寻求帮助。如果您有口腔受伤或疼痛，请立即致电您的牙医。

我的宝宝应该什么时候去看牙医？

您的宝宝出现第一颗牙齿或周岁时，应该去看牙医，以先期者为准。第一次就诊后，您的孩子应每六个月进行一次牙科检查，包括检查和清洁。您可以从 Denti-Cal 网站上的 0-3 岁受益人牙科扩展手册中获取更多信息，请访问：https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Flyers_Brochures/。

Medi-Cal 支持美国儿科牙医协会推荐的预防性牙科服务计划，该计划可以提供给大多数儿童。有特殊保健需求或疾病或创伤的儿童可能需要不同的服务和/或时间表。您的牙医将为您的孩子确定最佳的预防服务时间表。

如果我遇到紧急情况怎么办？

在正常工作时间，请致电您的牙医并解释您的问题。如果您无法联系到牙医，请在周一至周五上午 8 点至下午 5 点之间致电 TSC，以获取牙科护理方面的帮助。

如果您在工作时间以外需要牙科急诊服务，你应该按照牙医在下班后回答的信息里的说明进行操作。如果您无法到达牙科诊所或没有 Denti-Cal 牙医，请到最近的急诊室接受治疗。

“医疗必要性”是什么意思？

医疗必要性是指根据专业公认的实践标准，来确定所涵盖的服务是否对于牙齿、牙龈和支撑结构的治疗是必要和适当的。更多相关信息请参阅第 20 页的牙科术语和其他定义。

如果我想获得第二个建议该怎么办？

如果您认为牙科医生告诉您的牙科处置不符合医疗必要性，您可以要求对您的牙科治疗获得第二个建议。联系 TSC 并寻求帮助以找到另一位牙医。

为什么 Denti-Cal 要我到另一位牙医那里做牙科检查？

您可能会收到 Denti-Cal 的“牙科检查预约通知书”，要求您前往牙科检查。请尽一切努力前往。我们已经代表您进行了预约，以确认您的牙医要求的治疗是否可以获得批准。

预约检查将持续约 15 分钟。负责筛查的牙医不会提供牙科服务。您无需为预约支付任何费用。一旦预约检查结束，牙医将把报告邮寄回 Denti-Cal。该报告将用作确定是允许还是拒绝提供牙科服务。

如果您无法参加，请在预约前至少两天致电 TSC。如果您没有参加预约检查但未通知 Denti-Cal，则可能您申请的牙科服务可能会被拒绝。

以下是一些要记住的重要提示：

- 准时前往预约检查。如果您迟到，您的预约可能需要重新安排。
- 如果您的预约涉及假牙，并且您的牙医申请了新的假牙，请将您当前使用的假牙带到预约检查中。
- 如果您致电 TSC，请在致电时参阅信函右下角的“筛选 #”。
- 办公室的电话号码包含在信件中，仅供参考。如有任何其他问题，请致电 Denti-Cal TSC。
- 筛查牙医不能讨论他/她的建议或服务是否会被批准或拒绝。

如果我需要取消牙医预约怎么办？

如果您无法赴约，请至少提前一天致电牙医诊所取消或尽快取消预约。牙医办公室可以帮助您重新安排预约。

如果我不在加利福尼亚州或在国外时需要牙科服务怎么办？

在加利福尼亚州边境附近的一些州也有 Medi-Cal 牙医。您可以从这些边境地区的任何 Medi-Cal 牙医那里获得涵盖的牙科服务。

除紧急情况外，所有其他州外服务都需要事先授权。您可以致电 TSC 寻求帮助。Medi-Cal 不承保在国外进行的牙科服务，例外是在加拿大或墨西哥您需要住院的紧急服务。

牙科服务费用

我需要为牙科护理支付任何费用吗？

除非您有 Medi-Cal 承保费用份额，否则 Medi-Cal 牙科计划的福利范围内的服务不向您收取费用。您可以在收到的新的 Medi-Cal 注册包中的“**My Medi-Cal**”小册子（Pub.68）中了解您的费用份额。您还可以通过以下网址访问这本小册子：

<http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx>

在您的牙医确认您有资格获得 Medi-Cal 牙科服务后，牙医只能要求您支付任何共付款或您可能欠下的承保服务费用份额。如果您选择接受 Medi-Cal 计划未涵盖的治疗，或者您年满 21 岁或以上，并且需要全面的正畸治疗（牙套），您的牙医可能会向您收取服务费。

什么是共付款？

某些 Medi-Cal 服务含有小额的共付款。牙医会在您预约就诊时收取共付款。请参阅下面的共付款标准。

Medi-Cal 共付款标准		
需要共付款的服务	共付款费用	收费例外
<p>急诊室提供的非紧急服务： 非紧急服务被定义为“任何针对以下情况之外的服务，这些情况包括缓解严重疼痛或立即诊断和治疗严重疾病，如果不立即诊断和治疗，将导致残疾或死亡。”在急诊室提供的此类服务需要共付款。</p>	5 美元	<ol style="list-style-type: none"> 18 岁或以下的人士。 任何在怀孕期间和分娩后一个月接受治疗的妇女。 在医疗机构（医院、专业护理机构、中级护理机构）的人员。

Medi-Cal 共付款标准		
需要共付款的服务	共付款费用	收费例外
		<ol style="list-style-type: none"> 任何在 AFDC 寄养的孩子。 该计划付款为 10 美元或更少的任何服务。
门诊服务： 内科医师、眼科、脊椎按摩疗法、心理治疗、言语治疗、听力学检查、针灸、职业治疗、儿科、外科中心、医院或诊所门诊、物理治疗和牙科。	1 美元	<ol style="list-style-type: none"> 18 岁或以下的人士。 任何在怀孕期间和分娩后一个月接受治疗的妇女。 在医疗机构（医院、专业护理机构、中级护理机构）的人员。 任何在 AFDC 寄养的孩子 该计划付款为 10 美元或更少的任何服务。
药物处方： 每种药物处方或续方。	1 美元	以上所列，以及 65 岁或以上的人士。

如果我在预约时无法支付共付款怎么办？

如果您无法在预约时支付共付款费用，Medi-Cal 牙医不能拒绝为您服务。这与费用份额不同。

如果我付了一笔我不需要付费的服务，该怎么办？

致电 TSC 寻求帮助。如果您被要求付款，或者您根据您的援助代码支付了符合 Medi-Cal 计划福利的牙科治疗费用，我们可以帮助您获得退款。

如果我付了一笔我不需要付费的服务，该怎么办？

致电 TSC 寻求有关您具体情况帮助。如果您被要求付款或支付了牙科治疗费用，并且这项治疗根据您的援助代码符合 Medi-Cal 计划福利，我们可以帮助您获得退款。

如果我从牙医那里得到账单怎么办？

首先，你应该致电牙科诊所，问他们为什么给您发了账单。牙科诊所将解释收费以及他们要求您支付费用的原因。例如，如果您有成本费用的份额，您需要在牙医要求 Denti-Cal

支付治疗费用之前支付该金额。或者，如果您接受 Medi-Cal 或其他保险未涵盖的治疗，您将需要向牙医支付该治疗费用。

如果您仍然对您的牙医收取的费用和/或 Medi-Cal 支付的费用有疑问，请致电 TSC。

如果我有其他牙科保险会怎么样？

在要求 Denti-Cal 支付任何治疗费用之前，您的牙医必须向您收取其他牙科保险的费用。Medi-Cal Dental 计划不支付您通过其他牙科保险获得的任何福利，包括其他政府计划，TRICARE（CHAMPUS）或工人赔偿。Medi-Cal 提供的保险范围次于所有其他保险范围。

如果您有其他牙科保险不予支付的而 Denti-Cal 承保的服务，或者其支付的费用低于 Denti-Cal 支付的金额，您的牙医将向 Denti-Cal 索取任何未支付的金额。您的牙医不能要求您支付 Denti-Cal 承保的任何治疗费用。

交通和其他服务

如果我没有搭车，我怎么去牙医诊所呢？

Medi-Cal 可以帮助您出行至医疗、心理健康、药物使用，或牙科等预约，只要这些预约行程在 Medi-Cal 承保范围内。出行可以是非医疗运输（NMT）或非紧急医疗运输（NEMT）。如果您需要提取处方或医疗用品或设备，您也可以使用 NMT。

如果您可以乘坐汽车、公共汽车、火车或出租车，但没有交通工具赴约，可以安排 NMT 服务。

- 如果您参加了 Medi-Cal 健康计划，请致电您的计划以获取有关如何获得 NMT 服务的信息。
- 如果您未参加 Medi-Cal 健康计划，您可以执行以下操作：
 - 致电您所在县的 Medi-Cal 办公室，了解他们是否可以帮您乘坐 NMT。
 - 在 2018 年 7 月 1 日之后，Medi-Cal 将提供可以提供 NMT 出行的经批准的运输提供商。您需要联系经过批准的运输提供商安排乘车，或者您可以致电您的健康或牙科服务提供商，询问您所在地区的运输提供商。

Medi-Cal 根据医生的需要，通过事先授权，由医生或牙医确定，为符合条件的受益人提供 NEMT 服务。

如果您需要特殊的医疗车辆来乘坐赴约，请告知您的牙医。他或她可以预订 NEMT，例如轮椅车、垃圾车、救护车或空运。如需交通服务，请致电 TSC，或联系您的医生或牙医，帮助或要求您家所在地的 NEMT 安排交通工具进行牙科和医疗就诊。运输服务仅可用于获得 Medi-Cal 承保的必要医疗或牙科服务。

请务必在预约之前尽快请求乘车。如果您经常预约就诊，您的牙医或医生可以要求提前运送以涵盖将来的预约。

请访问 <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx> 以获取有关经批准的 NMT 提供商安排的交通工具的更多信息。

如果我是听力受损或语言障碍怎么办？

如果您有听力或口语限制，请在周一至周五上午 8 点和下午 5 点之间通过 TTY 电话 1-800-735-2922 致电我们。其他时间，请致电 711 加州中继服务 TDD / TTY 以获得您需要的帮助。美国手语（ASL）翻译服务是依法提供的。请求帮助时，请提供以下信息：

- 牙科预约日期
- 预约的开始和结束时间
- 预约类型（例如：“牙科预约、手术预约、咨询等”）
- 需要 ASL 服务的人员姓名及其受益人身份证明
- 办公地点的地址和电话号码
- 办公室联系人姓名

如果我视力受损怎么办？

本手册和其他重要材料将以大字体，放大的计算机磁盘（CD）格式和录音带的形式为视障人士提供。请致电 TSC 寻求其他格式文件，或者请求帮助阅读本手册或其他 Denti-Cal 材料。

如果我有医疗状况或其他问题导致我很难获得牙科护理怎么办？

请致电 TSC。TSC 的工作人员可以帮助您找到能够治疗您的牙医。如果需要，他们还可以帮助您与医疗服务提供者协调您的护理需求。

如果我有身体状况限制，让我很难去看牙医怎么办？

我们尽一切努力确保 Denti-Cal 牙医的办公室和设施可供残疾人使用。如果您无法找到可访问的牙医，请致电 TSC，我们将为您提供帮助。

投诉程序

Denti-Cal 有解决投诉的程序：

- 牙科服务
- 护理质量
- 修改或拒绝治疗授权请求
- Denti-Cal 计划提供的服务的其他方面

投诉的例子：

- 您无法获得所需的服务、治疗或药物
- 服务被拒绝，理由是没有医疗必要
- 你必须等待太长时间才能预约
- 你得到的治疗太差或被粗暴地对待
- 您在牙医诊所被要求支付了承保范围内的牙科服务费
- 您的牙科诊所不断向您发送一份您认为不应该支付的账单

如果 Denti-Cal 拒绝或限制我的牙医要求的服务，我该怎么办？

如果您牙医要求批准的服务被拒绝提供，请联系您的牙医并询问牙医是否可以要求重新评估。

我怎样才能知道 Denti-Cal 是否拒绝提供服务？

如果您的牙科治疗被拒绝或修改，Denti-Cal 将向您发送 Denti-Cal 行动通知。该通知会解释为什么要求的牙科治疗被拒绝或修改。该通知还提供了有关如果您不同意该操作可以执行的操作的信息。

如果我有投诉，该怎么操作？我如何提出正式投诉？

通过先与您的牙医讨论该问题，可以迅速解决一些投诉。通常，牙医可以快速解决您的投诉。如果您不想先与您的牙医交谈或牙医无法解决您的投诉，请致电 TSC。Denti-Cal 可通过电话或书面形式接受投诉。

当您致电 TSC 时，请告诉他们您的信息以及所涉及的牙医的姓名。描述您的问题，包括所涉及的服务以及任何行动或不作为。TSC 将尽一切努力在通话期间解决问题。如果您的投诉在第一次通话时无法由 TSC 解决，您将收到后续电话。

Denti-Cal 电话服务中心：

1-800-322-6384

电讯文本打字机（TTY）：

1-800-735-2922

如果您选择发送书面投诉，可以从 Denti-Cal 网站下载受益人 Medi-Cal 牙科计划投诉表。填写并按表格上打印的地址将表格返回 Denti-Cal。Denti-Cal 会在收到表格后的五个公历日内通知您。您也可以致电 TSC 询问您的表格是否已收到。

受益人 Medi-Cal 牙科计划投诉表的一个例子在下一页。该表格也可以在 Denti-Cal 网站的受益人页面上找到，请访问：<https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/>。表格仅提供英文版本。

卫生保健服务部遵守适用的联邦民权法律，不因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而有所歧视。卫生保健服务部不会因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而将人们排除在外或区别对待他们。要了解有关非歧视政策的更多信息，请访问卫生保健服务部网站：http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。



Denti-Cal

California Medi-Cal Dental Program

NAME: _____
ADDRESS 1: _____
ADDRESS 2: _____
CITY: _____ ST: ____ ZIP: _____

DATE: _____

BENEFICIARY MEDI-CAL DENTAL PROGRAM COMPLAINT FORM

Please fill in the form below and describe your questions or complaints completely. This information is important and necessary to research and resolve your questions or complaints.

STATE OF CALIFORNIA MEDI-CAL
BENEFITS IDENTIFICATION CARD NUMBER: _____

TELEPHONE NUMBER: (____) _____ - _____

MESSAGE TELEPHONE NUMBER: (____) _____

YOUR REPRESENTATIVE (if not yourself):

NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____, STATE: ____ ZIP CODE: _____

TELEPHONE NUMBER: (____) _____

YOUR DENTAL PROVIDER'S NAME: _____

NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____, STATE: ____ ZIP CODE: _____

TELEPHONE NUMBER: (____) _____

P.O Box 15539 • Sacramento, CA 95852-0609 • (800) 322-6384



Denti-Cal

California Medi-Cal Dental Program

BENEFICIARY MEDI-CAL DENTAL PROGRAM COMPLAINT FORM (PAGE 2)

TYPE OF COMPLAINT:

- Dentist service was incomplete or unsatisfactory
- Clinical Screening process was unsatisfactory
- Other
- Comments (Please describe your questions or complaints/ grievances completely here. Use the reverse side of this form or additional pages if you need additional space.)

PLEASE SIGN AND DATE THIS FORM:

It may be necessary to obtain your medical records from your dental care provider. Your signature below authorizes release of your dental records to Denti-Cal.

SIGNATURE _____ DATE _____

Return this form to: Medi-Cal Dental Program
Beneficiary Services Group
P.O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-1539

When we receive this information, we will research your questions or complaints/grievances and notify you of our findings. If it is necessary for you to appear for a clinical examination in order to resolve this matter, we will notify you in writing of the date, time, and location of this appointment.

P.O. Box 15539 • Sacramento, CA 95852-0609 • (800) 322-6384



Denti-Cal

California Medi-Cal Dental Program

Notice from the Department of Managed Health Care

You may file a complaint with the California Department of Managed Health Care after you have completed Delta's grievance process or after you have been involved in Denti-Cal's grievance process for 30 days. You may file a grievance with the Department immediately in an emergency situation that is one involving severe pain and imminent and serious threat to your health.

The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your plan at **(1-800-322-6384)** and use your plan's grievance process before contacting the Department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your Health Plan, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the Department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a Health Plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The Department also has a toll-free telephone number **(1-888-HMO-2219)** and a TDD line **(1-877-688-9891)** for the hearing and speech impaired. The Department's Internet Web site (<http://www.hmoHELP.ca.gov>) has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

IMR has limited application to your dental program. You may request IMR only if your dental claim concerns a life-threatening or seriously debilitating condition(s) and is denied or modified because it was deemed an experimental procedure.

B-GRV-FRM-034.A

P.O Box 15539 • Sacramento, CA 95852-0609 • (800) 322-6384

投诉后会发生什么？

如果您通过电话提出投诉，并且在通话过程中投诉未得到解决，您将收到跟进电话以获得进一步的帮助。如果您在投诉期间无法解决您的问题，我们将帮助您从 Denti-Cal 网站下载受益人 Medi-Cal 牙科计划投诉表：https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Forms/。我们也可以将表格邮寄给您。填好并签署表格后，请按表格上的地址将表格邮寄回 Denti-Cal。投诉表格示例见第 16-18 页。

如果您提交了书面投诉，Denti-Cal 会在收到您的投诉表后的五个公历日内通知您。书面投诉可能会被提交给 Denti-Cal 牙科顾问，他将决定下一步行动。我们可能：

- 联系您和/或牙医
- 推荐您进行临床筛查检查
- 将推荐发送到适当的同行评审机构

Denti-Cal 将在收到投诉后 30 天内向您发送一封信函，概述调查结果和决定理由。在某些情况下，可以延长 30 天的时间期限。例如，您可能需要更多时间参加临床筛查预约。

如果我在投诉时发生了不愉快的事，我还能做些什么吗？

如果您对投诉审核流程的决定不满意，您可以要求举行州听证会。要了解有关 Medi-Cal State Hearings 的更多信息，请访问卫生保健服务部网站：

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx>。

州听证会程序

如果您的牙医要求的治疗被拒绝或修改，或者您对拒绝服务的投诉解决方案不满意，您可以通过加利福尼亚州社会服务部（CDSS）申请州听证会。您所在县的社会服务办公室可以帮助您满足此要求。您可以在本地电话簿、所在县的政府网站或[使用 Medi-Cal 移动应用程序](#)中找到列出的电话号码。

您可以代表自己出席州听证会，或由朋友、律师或任何其他人代表您。如果您希望其他人代表您，您有责任作出安排。要获得免费法律援助，请致电 CDSS 的公共调查和响应部门，电话是 1-800-952-5253。该单位还可以帮助提供有关州听证程序的一般信息。

申请州听证会不会影响您获得牙科服务的资格，您也不会因要求举行听证会而受到处罚。我们将在整个投诉过程中保持机密性。

我什么时候要求举行听证会？

如果您不同意您收到的 Denti-Cal 行动通知，您应首先与您的牙医讨论不同的治疗计划，以获得 Denti-Cal 计划所涵盖的最佳治疗。如果您和您的牙医达成一致不能选择另一种治疗方案，您可以在该通知日期后 90 天内申请州听证会。

我该如何开始这个过程？

您可以拨打免费电话 1-800-952-5253 开始这个过程。您可以发送整个 Denti-Cal 行动通知或写信给：

California Department of Social Services（加州社会服务部）
State Hearings Division（州听证部）
P.O. Box 944243 MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

如果您正致电或写信请求州听证会，请务必在“Denti-Cal 行动通知”中附上文件控制编号（DCN）。DCN 识别治疗授权请求为服务被拒绝，并帮助加快处理您的请求。

牙科术语和其他定义

Denti-Cal 计划中使用了许多具有特殊或技术含义的词语。并且，一些牙科术语可能不为人熟知。我们希望以下定义对您很有帮助。如果您有任何疑问，请致电 TSC 并与我们的代表联系。

援助代码：描述您拥有的 Medi-Cal 保险覆盖的类型。

上诉：正式要求 Denti-Cal 审查被拒绝的治疗服务。您的牙医，您自己或授权代表都可以提出上诉。

授权：请参阅预授权。

受益人：有资格获得 Medi-Cal 福利的人。

受益人身份证（BIC）：身份证由卫生保健服务部提供给受益人。BIC 包含受益人编号和其他重要信息。

福利：由 Denti-Cal 牙医提供的医疗必需的牙科服务，可通过 Medi-Cal 牙科计划获得。

临床筛查：由牙医检查后，对另一位 Denti-Cal 牙医提出或提供的治疗措施是否恰当提出意见。Denti-Cal 计划可能需要在某些情况下进行临床筛查。

投诉：口头或书面表达不满，包括任何争议、复议请求，或由受益人或代表受益人的牙医提出的上诉。通常，投诉的原因是服务的环境条件或提供服务的员工。

共付款：牙医费用的一小部分由受益人支付。

涵盖的服务：这套牙科服务程序是 Denti-Cal 计划的福利。Denti-Cal 只支付 Denti-Cal 牙医提供的医疗必需服务，这些服务是 Denti-Cal 计划的福利。21 岁以下的儿童如果有医疗必要，可以获得更多承保服务，例如牙套。

牙科专家：提供专业治疗的牙医，例如牙髓病、口腔外科、儿童牙科、牙周病治疗和口腔正畸（牙套）等。

Denti-Cal：Medi-Cal 牙科按服务收费计划。

Denti-Cal 牙医：已获批准为 Medi-Cal 受益人提供所涵盖服务的牙医。

早期和定期筛查，诊断和治疗计划（EPSDT）：通过定期筛查，诊断和治疗服务为儿童提供医疗保健的联邦计划。牙科治疗包括在 EPSDT 计划中。

具备资格：指满足获得 Medi-Cal 福利的要求。

急诊牙科情况：一种牙齿状况，本可合理预期但没有立即引起注意，导致个人健康受到威胁，导致严重疼痛或功能受损。

牙髓病专家：牙科专家，专业范围限于治疗牙髓和牙根的疾病和损伤。

早期和定期筛查，诊断和治疗计划：21 岁以下的 Medi-Cal 受益，有必要纠正或改善缺陷和身心疾病及状况时享受的福利。

全范围 Medi-Cal：全范围 Medi-Cal 为低收入人群提供医疗保健服务。所有纳入 Medi-Cal 的儿童、寄养儿童和 26 岁以前寄养青年，孕妇以及盲人或残疾人都享受全范围福利。

识别：指的是证明一个人身份的东西，例如驾驶执照。

限值：指允许的服务数量，允许的服务类型和/或最经济实惠的适当的牙科服务。

医学必要性：适用于牙齿、牙龈和支撑结构治疗的必要和适用的覆盖服务，（a）根据专业公认的实践标准提供；（b）由治疗牙医确定与牙齿状况一致；（c）最合适的类型，供应和服务水平是考虑了潜在风险、利益和作为替代方案的涵盖的服务。

其他医疗保险/其他健康保险：根据任何私人牙科计划，任何保险计划，任何其他州或联邦牙科保健计划，或根据其他合同或法律权利，您可能拥有的牙科相关服务的保障范围。

口腔外科医生：牙科专家，专业范围限于诊断和手术治疗口腔，颌骨和面部外观的疾病、损伤、畸形、缺陷。

牙齿矫正医生：牙科专家，专业范围限于预防和治疗上下牙齿咬合或咀嚼方式出现的问题。

儿童牙科医生：牙科专家，专业范围限于儿童从出生到青春期的牙科治疗，提供初级和全方位的预防性护理治疗。

牙周病医生：牙科专家，专业范围限于治疗牙齿周围的牙龈和组织疾病。

怀孕相关：妊娠相关服务时间范围从妊娠确诊到妊娠结束后 60 天结束的月份。无论您的援助代码和/或福利范围如何，只要符合所有其他程序要求和标准，您就有资格获得所有涵盖的牙科项目。

预授权：牙医对服务执行之前批准服务的要求。牙医会收到 Denti-Cal 的批准服务授权通知书（NOA）。

口腔修复科医生：牙科专家，专业范围限于用假牙，桥基或其他替代品替换缺失的牙齿。

供应者：参加 Medi-Cal 计划的个体牙医、替代实践中的注册牙科卫生师（RDHAP），牙科团体、牙科学校或牙科诊所，为 Medi-Cal 受益人提供医疗保健和/或牙科服务。

限制范围：仅限于紧急服务。

费用份额：在 Medi-Cal 开始支付之前，您必须支付或承诺每月支付健康或牙科费用的金额。

要求：指你必须做的事情，或你必须遵守的规则。

责任：指的是你应该做，或者需要做的事情。

州听证会：州听证会是一个法律程序，允许受益人要求重新评估任何被拒绝或修改的治疗授权请求。它还允许受益人或牙医要求重新评估报销案例。

治疗授权请求：在开始治疗之前，Denti-Cal 牙医提交的关于批准某些涵盖服务的请求。某些服务和特殊情况下需要治疗授权请求。

您的权利和责任

我在 Medi-Cal 计划下的权利和责任是什么？

当您申请 Medi-Cal 时，您将获得您的权利和责任清单。这包括要求报告地址、收入或有人怀孕或分娩等信息的变更情况。您可以在下面的网址找到最新的权利和职责列表：

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx>。您还可以在以下网址找到卫生保健服务部的非歧视政策：

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

您有权：

- 得到尊重和尊严
- 获得作为 Medi-Cal 计划的福利的牙科服务并选择已在计划中注册的牙医
- 在合理的时间内进行预约就诊
- 参与有关您的牙科治疗需求的谈判和决定，包括适当或医学上必要的治疗选择
- 保持您的牙科记录的私密性。这意味着未经您的书面许可，我们不会分享您的牙科治疗信息，除非法律允许
- 告诉我们有关 Denti-Cal 或您接受的牙科服务的疑虑
- 获取有关 Denti-Cal，可用服务和牙医的信息
- 查看您的牙科记录
- 免费要求口译员服务
- 使用非您家人或朋友的口译员
- 如果不符合您的语言需求，请提出投诉

您的责任是：

- 告知您的牙医和 Medi-Cal 正确的信息
- 了解您的牙科问题，并尽可能与您的牙医一起制定治疗目标
- 获取服务时，请务必出示您的受益人身份证
- 询问有关牙科疾病的任何问题，并确保解释和说明您已清楚
- 提出并保持牙科预约。如果您必须取消预约，您应至少提前二十四（24）小时通知您的牙医
- 通过及时提供有关地址、家庭状况和其他医疗保险范围变化的信息，可帮助 Denti-Cal 保持准确和最新的医疗记录
- 如果牙医错误地向您收费或您有投诉，请尽快通知 Denti-Cal
- 尊重所有 Denti-Cal 工作人员和牙医，礼貌待人

你的隐私对我们很重要

本节介绍如何接收关于医疗信息是如何使用和披露的相关资讯。本节还描述了如何访问您的信息。

隐私条例通知

医疗保健服务部会向您发送一份隐私条例通知，作为您的 Medi-Cal 欢迎包的一部分。您也可以在线访问副本：<http://dhcs.ca.gov/privacyoffice>。本通知描述了您的隐私权和有关您的健康信息的选择。

我如何才能看到 Denti-Cal 拥有哪些我的受保护的健康信息？

您有权要求在 Denti-Cal 维护的记录中查看受保护的健康信息。您还有权要求提供这些记录的副本。您可能需要支付复印记录和邮寄的费用。您会在我们收到您的请求后 30 天内收到回复。

您需要向我们发送您的加州驾驶执照、DMV 身份证或任何其他可以证明您身份的身份证明的复印件。您还需要发送能够验证您地址的文档。

您可以致电 TSC 或在线填写并打印表格来获取申请表：

1. 请访问 <https://www.denti-cal.ca.gov/>。
2. 单击网页顶部的“**Beneficiaries (受益人)**”选项卡。
3. 单击“**Denti-Cal (Fee-For-Service)**”。
4. 单击“**Forms (表格)**”。
5. 请选择“**Request Personal Health Information from Denti-Cal (从 Denti-Cal 申请个人健康信息)**”的表格。

请将填好的表格连同您的身份证明邮寄至：

Correspondence Specialist (通讯专员)
c/o Delta Dental of California
P.O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-1539
1-800-322-6384

**注意：任何虚假获取受保护健康信息的企图
都将受到法律处罚。**

Denti-Cal 致力于保护您提供给我们信息。为了防止未经授权的访问或披露，保持数据准确性并确保信息的正确使用，Denti-Cal 已采取适当的物理和管理程序来保护我们收集的信息。